

traumatischer Neurose einmalig, und zwar mit 5% abgefunden waren; von welcher Ausgangssumme diese 5% in Dänemark berechnet werden, wird leider nicht gesagt, sondern als bekannt vorausgesetzt. Die Antworten der Arbeitgeber bzw. der Behörden waren in 63 Fällen verwendbar. Das Ergebnis war, daß die 7 pensionsberechtigten Beamten, die wegen Unfallfolgen abgefunden und zugleich pensioniert waren, nie wieder Arbeit geleistet hatten, sondern „als Schmarotzer der Gesellschaft weiter leben auf Grund einer falschen und verwerflichen Ordnung von seiten der Öffentlichkeit“. Im Gegensatz dazu haben 93% der anderen wieder gearbeitet und zwar 87% gegen vollen Lohn im Verlauf der ersten 6 Monate nach der Abfindung; 15 von diesen haben sofort nach der Abfindung die alte Arbeit wieder aufgenommen, 9 weitere in den ersten 2 Monaten. Auch innerhalb des zweiten Halbjahres und des zweiten Jahres nach der Abfindung haben noch einige die alte Arbeit wieder übernommen. Nicht ganz klare Ergebnisse hat M. bei dem kleinen Rest beschaffen können, die entweder leichtere Arbeit oder keine wirkliche Arbeit mehr geleistet haben; feststellen konnte er nur, daß von den vier, die nie wieder gearbeitet haben, einer Morphinist war und einer von jeher schwachsinnig. In den beiden anderen Fällen waren die Antworten des Gemeindevorstehers zu wenig klar, jedoch hatten auch in diesen Fällen offenbar andere körperliche Krankheiten an der Aufnahme der Arbeit gehindert. M. betont ausdrücklich, daß sämtliche Fälle vor der Abfindung aufs sorgfältigste neurologisch untersucht waren und das Vorliegen wirklicher Simulation als ausgeschlossen galt.

*Stier* (Berlin).<sub>o</sub>

**Seelert, Hans: Die Neurosen der Rentenbewerber.** (*Heil- u. Pflegeanst., Berlin-Buch.*) Med. Klinik Jg. 23, Nr. 21, S. 786—790. 1927.

Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der ganzen Frage weist Verf. darauf hin, daß wir zu trennen haben die psychischen Symptomenkomplexe bei traumatischen Gehirnschädigungen und die Neurosen bei Rentenbewerbern. Die ersteren sind ganz charakteristisch und eingehend von Bonhoeffer als exogene Reaktionstypen beschrieben, letztere können nur durch psychologische, nicht durch medizinische Tatsachen erklärt werden. Nicht Trauma, nicht Schreckemotion, nicht Haft und nicht Krankheit sind bei der Entstehung das Ausschlaggebende, auch nicht die Annahme einer besonderen Disposition zur Neurose klärt diese Frage, sondern nur weitgehendes psychologisches Erfassen des ganzen Unfallerebnisses. Es handelt sich nicht nur um die Frage, ob die Symptome „echt“ sind oder simuliert, auch der Begriff der „Begehrungsvorstellung“ allein wird nicht allen Fällen gerecht. Das zur Neurose treibende Moment liegt in der Stellungnahme des Neurotikerers zu dem Unfallerebnis. Diese hinwiederum hängt ab von der individuellen Eigenart der Person. Die Neurose ist also keine Krankheit im engeren Sinne, sie stellt eine psychologische Erlebnisreaktion dar. Dies ist jeweils im Gutachten zum Ausdruck zu bringen.

*Kroiß* (Würzburg).<sub>o</sub>

**Schnyder, Louis: Un cas instructif de névrose traumatique. Mécanisme des manifestations hystériques.** (Ein lehrreicher Fall von traumatischer Neurose. Der Mechanismus hysterischer Störungen.) Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 21, H. 1, S. 111—130. 1927.

Ausführliches Gutachten über einen Fall stark hysterischer Überlagerung einer traumatischen Plexuslähmung des rechten Armes durch Zerrung. Im allgemeinen keine neuen Gesichtspunkte. Eine Begehrungsneurose liegt nicht vor, doch „hält die Hoffnung auf Invalidenrente den Verletzten in seiner bedauerlichen Passivität“. Kapitalabfindung konnte nicht durchgeführt werden. Die Neurose rostete ein, so daß Verf. die Prognose für ungünstig hält. Er schlägt völlige Invalidisierung vor, hält jedoch den Versuch einer energischen physischen und psychischen Behandlung trotz allem für angezeigt.

*Kroiß* (Würzburg).<sub>o</sub>

### Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie.

● Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Ein Ratgeber für Ärzte, Sozialhygieniker, Nationalökonomien, Verwaltungsbeamte sowie Organe der

**öffentlichen und privaten Fürsorge.** Hrsg. v. H. Roemer, G. Kolb u. V. Faltlhauser. Berlin: Julius Springer 1927. VII, 416 S. RM. 27.—

Eine Reihe von Einzelberichten gibt in ausführlicher Darstellung einen Überblick über die ganze Organisation der offenen Fürsorge für Geisteskranke, nachdem zunächst von den jeweiligen Fürsorgeleitern die bisher in der Praxis durchgeführten Formen der offenen Fürsorge in zehn deutschen Städten sowie in Zürich geschildert worden sind. In einem weiteren Abschnitt sind von Kolb-Erlangen die bis heute im Ausland, einschließlich Amerika, erreichten Bestrebungen zusammengestellt. Es ist daraus ersichtlich, wie die einzelnen Maßnahmen örtlich große Verschiedenheiten aufweisen. Insgesamt kommen die Betrachtungen zu dem von Roemer-Karlsruhe aufgestellten sehr richtigen Ergebnis, daß die offene Fürsorge sowohl für Geisteskranke, als auch Psychopathen eine sich in der Praxis bewährte Notwendigkeit ist und die organische Verbindung der offenen und geschlossenen Fürsorgeform sich zu einer Forderung des Tages ausgewirkt hat. Eine wertvolle Bereicherung hat das Buch durch die beiden von vielen Erfahrungen sprechenden Kapitel von Wilmanns-Heidelberg und Bleuler-Zürich über die Behandlung der Schizophrenen im Wandel der Zeiten und über die ärztliche Indikation früher Entlassung erfahren. Es schließt sich eine Reihe von Beiträgen über die allgemeinen Grundsätze und die speziellen Gesichtspunkte für die Frage der Organisation der offenen Geisteskrankenfürsorge an. Roemer wendet sich der rechtlichen Grundlage der Fürsorge als solche zu, welche heute durch die Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. II. 1924 geregelt ist; und gibt eine klare und eingehende Darstellung der ganzen Materie. Kolb erörtert die Gründe und so oft erhobenen Einwände für und gegen die Fürsorge überhaupt und geht besonders auf die mannigfachen Aufgaben der Fürsorge gegenüber den in und außerhalb der Anstalten befindlichen Kranken ein. Dazu gibt Faltlhauser einen Einblick in das ganze Getriebe der Fürsorge, sowohl was Einrichtung und Technik derselben, als auch die national-ökonomische Seite angeht. Wie sich im einzelnen die offene Geisteskrankenfürsorge in das Staatswesen eingliedert, wie sich also die Beziehungen derselben zur Gesellschaft usw. gestalten und sich ferner ein Zusammenarbeiten mit der wissenschaftlichen Forschung zur gegenseitigen Anregung auszuwirken vermag, wird von Roemer und Faltlhauser in mehreren Kapiteln lebendig zur Anschauung gebracht. Insbesondere zeigen die Ausführungen von Roemer in allgemeiner verständlicher Weise, welche wichtige Stellung die Geisteskrankenfürsorge in der Psychiatrie einzunehmen berechtigt ist. Diesen Aufbau beschließt Kolb mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit, sowie auf die Vorzüge der Fürsorge überhaupt. Das Werk gibt ein beredtes Zeugnis von der Bedeutung der offenen psychiatrischen Fürsorge im Rahmen der ganzen Wohlfahrtspflege. Es muß betont werden, daß das Buch einen bisher in der Literatur nicht vorhandenen umfassenden Überblick über den heutigen Stand der ganzen Fürsorgebestrebungen für Geisteskranke gibt und daher allen daran interessierten Kreisen als guter Ratgeber in diesen Fragen sehr empfohlen werden kann.

Müller-Hess (Bonn).

**Dyrenfurth, F., und W. Steinbiß: Der Fall Franken-Schulze. Ein Beitrag zu den Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen reaktiv und organisch bedingter Psychose.** Äztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 33, Nr. 19, S. 261—265. 1927.

Bericht über den Photochemiker Franken-Schulze, der in eine Geldfälschungssache verwickelt war, aus dem Untersuchungsgefängnis wegen einer plötzlich ausgebrochenen Geistesstörung nach einer Irrenanstalt gebracht wurde und hier nach 3 Wochen starb. Es bestand der Verdacht, daß er vorsätzlich vergiftet wurde, um einen Mitwisser und Zeugen zu beseitigen.

Es war eine ausgesprochene Geistesstörung mit Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Verfolgungsideen, tobsichtigen Erregungen und geistiger Hemmung mit Pupillendifferenz, Aufhebung der Bauch-, Hoden- und Kniereflexe. Als Todesursache ergab sich eine Brustfell- und Lungenentzündung, Verstopfung einer Lungenschlagader durch einen Pfropf. In den weichen Hirnhäuten fanden sich starke Blutungen, Vermehrung der Lymphzellen, im Rindengrau spärliche, im verlängerten Mark ausgedehnte perivasculäre Blutungen. Das Ergebnis der chemischen Untersuchung war negativ. Nach dem Obduktionsbefund konnte eine Vergiftung ausgeschlossen werden; die Enddiagnose lautete: Grippeerkrankung, die nicht nur zu schweren körperlichen Störungen, sondern auch zu einer, nicht reaktiven, Psychose geführt hat.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

**Rojas, Nerio: Gerichtlich-medizinische Definition der Geisteskranken.** Rev. de criminol., psiquiatr. y med. leg. Jg. 14, Nr. 83, S. 545—553. 1927. (Spanisch.)

**Rojas, Nerio: Gerichtlich-medizinische Definition des Geisteskranken.** (Argentin. Med. Ges., Gerichtl.-Med. u. Toxikol. Sekt., Buenos Aires, Sitzg. v. 11. X. 1927.) Rev. de especialidades Bd. 2, Nr. 4, S. 888—898. 1927. (Spanisch.)

Das argentinische Zivilgesetzbuch gebraucht den Ausdruck „Dementia“, das

Strafgesetzbuch den Ausdruck „geistige Unzurechnungsfähigkeit“ (enajenación mental). Verf. will diese Bezeichnungen durch „Geisteskrankheit“ (alienación mental) ersetzen. Er definiert die Geisteskrankheit wie folgt: Geisteskrankheit ist eine allgemeine und dauernde Störung der geistigen Fähigkeiten, deren pathologischen Charakter der Kranke nicht oder schlecht einsehen kann, und die seine Anpassung an die Umgebung verhindert, woraus weder er selbst noch die Gesellschaft einen Nutzen hat. In dieser Definition sind 4 charakteristische Eigenschaften enthalten: 1. die allgemeine psychische Störung, 2. das Fehlen der Selbsterkenntnis, 3. die fehlende Anpassungsfähigkeit, 4. das Fehlen eines Vorteils. Diese Definition gibt dem Arzt ein Leitmotiv in die Hand, wenn er vor Gericht ein Gutachten abzustatten hat.

*Ganter* (Wormditt).

**Kahn, Eugen: Psychopathien und psychogene Reaktionen.** (*Psychiatr. u. neurol. Klin., Univ. München.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 80, H. 1/2, S. 4 bis 38. 1927.

Verf. gibt einen Überblick über im ganzen 656 Fälle von Psychopathie und psychogener Reaktion, die in einem Jahre in der Münchener psychiatrischen Klinik beobachtet worden sind. Unter den Psychopathen waren am stärksten die Haltlosen und Erregbaren (bei Frauen auch die Hysterischen) vertreten, unter den psychogenen Reaktionen die reaktiven Depressionen und die rentenneurotischen Zustände. Bezüglich des Alters verhielten sich männliche und weibliche Fälle ziemlich gleich. Die Höchstzahl der Aufnahmen wurde im 3. Lebensjahrzehnt erreicht. Suicidversuche, Erregungszustände und Beobachtung spielten als Aufnahmeursachen bei den Psychopathien eine besondere Rolle. Die Belastung war bei den Psychopathen wie bei den psychogenen Reaktionen eine erhebliche. Soziale Komplikationen waren feststellbar, erlaubten aber keine besonderen Schlußfolgerungen. Im einzelnen veranschaulicht Verf. durch kurze Charakteristiken bestimmter Fälle aufs beste das Bild dieser sozial und forensisch wichtigen Krankheitsgruppen.

*Birnbaum* (Herzberge).

**Kahn, Eugen: Über psychopathische Verläufe.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., München.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 74, Nr. 33, S. 1404—1406. 1927.

Unterschieden werden: Erstens episodische Psychopathien, die nur vorübergehend in bestimmten Lebensaltern in Erscheinung treten und Beziehungen zu biologischen Vorgängen wie Pubertät oder Klimakterium besitzen. Zweitens periodische Psychopathien, die mehr von eigenen Anlagefaktoren abhängen, wenn schon Außenfaktoren mitwirken können. Hier ist auf den Zusammenhang mit der Menstruation zu verweisen. Drittens psychopathische Dauerzustände, die Jahrzehnte oder das ganze Leben hindurch die Haltung der Persönlichkeit bestimmen. Überall ist auf die Bedeutung neurotischer Einschläge zu achten. Außerdem kommt es durch Einwirkung der Außenwelt zu Umstellungen. Viertens die psychopathischen Entwicklungen, die ebenfalls tiefere Beziehungen zur Biologie der Persönlichkeit zu haben scheinen. Zwischen den 4 Typen existieren Übergänge. Richtet man die Aufmerksamkeit auf den Gesamtverlauf, so lassen sich verschiedene Schicksalstypen abgrenzen. Manche werden mit ihrem Schicksal fertig. Andere werden früh in „pathogene“ Erlebnisse gedrängt und lange oder dauernd festgehalten. Anderen läßt die Verarbeitung jedes Erlebnis zum psychopathischen werden. Beim Rentenquerulanten und beim Überkompensierenden handelt es sich vorwiegend um Umweltschicksale, beim Verschrobene und beim Gesellschaftsfeinde vorwiegend um Anlagenschicksale. Schließlich gestalten auch die Rauschgifte viele Schicksale. Ausgänge in zirkuläre oder schizophrene Psychosen sind nicht zu vergessen. Typisch sind 3 ungünstige Ausgänge: Scheinsieg, Resignation und Selbstmord. Siehe vorstehendes Referat.

*Raecke* (Frankfurt a. M.).

**Rojaš, Nerio: Hyperpnöe und Diagnose der Epilepsie.** *Semana méd.* Jg. 34, Nr. 47, S. 1405—1406. 1927. (Spanisch.)

Verf. hat bei 8 Epileptischen den Hyperventilationsversuch gemacht, dessen Ergebnisse er im einzelnen beschreibt. Er betont seine Wichtigkeit in klinischer und gerichtsärztlicher

Beziehung (Erkennung der Simulation). Der positive Ausfall des Versuches spricht für das Bestehen einer echten Epilepsie, während das Fehlen der Reaktion nichts beweist.

*Ganter (Wormditt).*

**Salinger, Fritz, und Hans Jacobsohn: Ein Fall von durch Kommotionspsychose ausgelöster arteriosklerotischer Demenz.** (*Städt. Heil- u. Pflgeanst. Herzberge, Berlin-Lichtenberg.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 82, H. 3, S. 357—376. 1927.

61jähriger Mann, Comotio cerebri nach Sturz auf den Hinterkopf. Reagiert 3 Tage nach dem Insult erstmals auf Anruf, am 10. Tage verwirrt, nach 4½ Wochen fieberfrei, spricht geordnet, intervallweise orientiert. Schon bei seinen ersten Unterhaltungen (ca. 5 Wochen nach dem Unfall) zeigten sich psychische Anomalitäten. Der Patient war unsachlich, weit-schweifig, sprach mit großem Redeschwall, konfabulierte viel. Die Sprache war leicht schmierend, zuweilen wurden Worte untereinander verwechselt; Fehler in der Satzkonstruktion. In der Anstalt, wo die Beschreiber den Kranken ca. 7 Wochen nach dem Unfall persönlich zur Untersuchung bekamen, war Patient bei der Aufnahme euphorisch, läppisch, teilweise amnestisch, unzusammenhängend in seinen Äußerungen, schlecht fixierbar. In der Folgezeit Rückgang der früher beobachteten Wortfindungsstörungen, Übergleiten von der kommotionellen Verwirrtheit zur arteriosklerotischen Persönlichkeitsumbildung mit allen ihren charakteristischen Zeichen.

Verff. betonen, daß sich in diesem Falle die Grenzen zwischen Arteriosklerose und Kommotionspsychose wohl kaum ziehen lassen, ja, daß es schwer falle, festzustellen, wann die akute Psychose als abgeklungen zu gelten habe. Das posttraumatische Krankheitsbild, also die traumatische Demenz, scheidet sich hier nicht — oder vielleicht nur rein symptomatisch und ohne praktische Bedeutung — von der arteriosklerotischen Demenz. Wichtig erscheint der Hinweis, daß also bei einem schon somatisch als Arteriosklerotiker stigmatisierten Mann (R.R. anfänglich 170/65 später 150/140, breite Aorta; röntgenologisch: Aortenaneurysma) eine sicher schon vorhandene Hirnarteriosklerose bis zu einem Trauma ohne psychische Äußerungen verläuft, erst durch ein solches ausgelöst manifest wird und sich dann gleich in einer derart vorgeschrittenen Form zeigt.

*v. Braunnühl (Egling b. München).*

**Palmieri, V. M.: La malarioterapia in rapporto alla medicina legale.** (Die Malaria-therapie in ihrer Beziehung zur gerichtlichen Medizin.) Rif. med. Jg. 44, Nr. 3, S. 57—58. 1928.

Kurze, auf Literaturstudien fußende Bemerkungen über die gerichtsärztliche Beurteilung von Paralytikern, die einer Malariatherapie unterzogen worden waren. Keine neuen Gesichtspunkte.

*v. Neureiter (Riga).*

**Grosz, Karl, und Ernst Sträussler: Zur Frage der forensischen Bedeutung der Wagner-Jauregg'schen Paralysebehandlung.** Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 111, H. 3, S. 485—494. 1927.

Entgegen Schneider nehmen Groß und Sträussler an, daß es durch die Paralysebehandlung mittels Malaria zu Remissionen mit voller Krankheitseinsicht kommen kann, die als geheilt anzusehen sind. Zu der Feststellung der Heilung sind Erkundigungen notwendig, über das Verhalten der Behandelten im Leben und Beruf, sowie eine Liquoruntersuchung. Sie meinen, daß nach 3jähriger Remission bei negativem Liquorbefund ein Rezidiv nicht mehr eintritt. Auch mikroskopisch, soweit Gelegenheit zur Untersuchung war, fand sich ein Rückgang der histologischen Veränderungen. Verff. verfügen über Fälle bis zu 10jähriger Remission. In solchen Fällen ist eine strafrechtliche Verantwortlichkeit nicht ohne weiteres auszuschließen. Höhere Ansprüche sind an die Geschäftsfähigkeit zu stellen. Bei Vollremissionen braucht eine Entmündigung nicht einzutreten. Besonders streng zu beurteilen sind Berufe wie Ärzte und Apotheker. (Schneider, vgl. diese Zeitschr. 7, 333, Orig.) *Gg. Strassmann (Breslau).*

**Provent, Paul, et Jean Eissen: Considérations sur le divorce des aliénés.** (Betrachtungen über die Ehescheidung der Geisteskranken.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 14. XI. 1927.*) Ann. de méd. lég. Jg. 7, Nr. 10, S. 623—651. 1927.

Die Verff. lehnen eine Scheidung als solche ab, weil sie unvereinbar sei mit den französischen Gesetzen. Sie wünschen nach dem Vorschlag von Trénel, daß die Lösung der Ehe nicht nur durch Tod und Scheidung, sondern auch durch Geisteskrankheit erfolgen soll. Sie stimmen der von Trénel ausgearbeiteten Fassung bei, die lautet, daß die

Ehe gelöst wird drittens durch eine einwandfreie, gerichtlich festgestellte Geistesstörung, die mindestens 3 Jahre bestanden hat und die endgültig unvereinbar mit der Ehe ist.

Göring (Elberfeld).

**Gelma, E., et Jean Eissen: Au sujet du divorce des aliénés.** (Beitrag zur Ehescheidung der Geisteskranken.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 14. XI. 1927.*) *Ann. de méd. lég.* Jg. 7, Nr. 10, S. 614—615. 1927.

Nach dem französischen Recht ist Ehescheidung wegen Geisteskrankheit nicht möglich. Die beiden Autoren wünschen in dieser Hinsicht eine Ausnahme für jene Personen, die nicht wegen intellektueller Störungen, sondern wegen strafrechtlicher Verfehlungen interniert sind. Sie berichten über den Fall eines Mannes, der seine Frau unter Bedrohung zwang, durch Prostitution für seinen Unterhalt zu sorgen und welcher als unzurechnungsfähig erklärt und interniert wurde. Die Frau kann nicht auf Ehescheidung klagen. Es gibt keine entsprechende gesetzliche Bestimmung, so daß der Arzt, der einen Verbrecher für unzurechnungsfähig erklärt, gleichzeitig den Ehegatten der Möglichkeit der Scheidung beraubt, wenn der Täter als geisteskrank zu bezeichnen ist.

Gg. Strassmann (Breslau).

**Meyer, E.: Arzt und Süchte.** *Dtsch. med. Wochenschr.* Jg. 53, Nr. 47, S. 1978 bis 1979. 1927.

Verf. berichtet über 4 Fälle von Rauschgiftsüchten, und zwar 3 Fälle von Eukodal und einen von Morphin, und warnt vor einer nicht genügend begründeten Verordnung und Verabreichung von Mitteln, bei denen die Gefahr der Angewöhnung bekannt ist, insbesondere aber vor „reiteretur“ und „semper reiteretur“ = Rezepten, wie er sie zu beobachten Gelegenheit hatte. Derartige Warnungen sind nur zu berechtigt, trotzdem Eukodal ebenso wie Dicodid und Dilaudid — wenigstens zur Zeit noch — nicht unter das Opiumgesetz fallen.

Nicht widerspruchlos aber kann man dem Satz zustimmen: „Der Irrtum, daß wir Ärzte berechtigt, ja verpflichtet seien, Süchtigen Rauschgifte weiter zu verordnen, muß ausgerottet werden.“ Denn einmal kommt es darauf an, welches Rauschgift das angewöhnte ist, ob Cocain, Morphin, Opium oder ein anderes und wie lange es genommen wurde, und zweitens ist es für den Leiter einer Nervenlinik leichter, solche Forderungen aufzustellen, als für einen frei praktizierenden Arzt oder Nervenarzt, sie ohne eigene ärztliche Kritik unterschiedslos durchzuführen. Auch hier zeigt sich wieder die dringend auszufüllende Lücke des Opiumgesetzes in dem Fehlen einer Ermöglichung der Zwangsentziehung von Rauschgiften mit evtl. Meldezwang der Kranken für Ärzte, ein Mangel, durch welchen auch Anstaltsleiter nicht in der Lage sind, Süchtige wider ihren Willen in der Anstalt zu halten. Und schließlich ist ja auch die Durchführung einer Rauschgiftentziehung noch keine Heilung von der Sucht und Süchtige sind ja doch als Kranke, nicht als Verbrecher anzusehen.

Ollendorff,

**Römmelt, W.: Über die Beeinflussung des Seelenlebens durch Dicodid und Dilaudid.** *Psychol. Arb.* Bd. 9, H. 3/4, S. 435—459. 1928.

Eigenbeobachtung nach den experimentalpsychologischen Prinzipien der Kraepelinschen Schule im Deutschen Forschungsinstitut für Psychiatrie. Verf. ist als exsudativer Typus besonders empfindlich (euphorielos, Nausea, Widerwillen gegen die Injektionen, vasomotorische Empfindlichkeit) gegen Morphin. Beide, der Morphinreihe entstammenden Präparate wurden (Dilaudid 0,003, Dicodid 0,015) in Versuchsreihen bei Berücksichtigung aller Kautelen (Gewöhnungs- und Fehlerberechnung) subcutan gespritzt. Geprüft wurden Auffassung mit dem Tachistoskop, Wahlreaktionen und Kraftleistung am Ergographen. Motorische Funktionen wurden an der Schreibmaschine festgestellt.

Ergebnis: Beide Mittel, besonders Dilaudid, erzeugen eine intellektuelle Schädigung bei Erregung der Phantasie, Beeinträchtigung des Willens und Steigerung der niederen motorischen Zentren. Abstinenz konnte nicht experimentell erwiesen werden. Das Fehlen der Euphorie hängt mit dem Biotypus der Versuchsperson zusammen. Beide Präparate sind weniger gefahrvoll als Morphin.

Ref. kann aus eigener Erfahrung hinzufügen, daß er erhebliche Rausch- und Euphoriewirkungen klinisch speziell bei Dicodid gesehen hat.

Leibbrand (Berlin).

**Hartmann, Heinz: Cocainismus und Homosexualität.** (*Psychiatr. Klin., Univ. Wien.*) *Dtsch. med. Wochenschr.* Jg. 54, Nr. 7, S. 268—270. 1928.

In weiteren Beobachtungen findet der Autor seine Ansicht bestätigt, daß eine spezifische Beziehung zwischen Cocainismus und Inversion des Geschlechtsempfindens besteht. Unter 47 Cocainisten sind 23 manifest Homosexuelle und haben homosexuelle Handlungen begangen. Potenzstörungen finden sich sowohl bei den homosexuellen wie bei den nichthomosexuellen Cocainisten. Keineswegs ist es so, daß alle Cocainisten,

welche unter Einwirkung des chronischen Cocaingenußes homosexuell wurden, vorher infolge der Giftwirkung impotent geworden sein müssen. Bemerkenswert ist, daß das Aussetzen des Cocaingenußes die Rückkehr zu heterosexuellen Objekten veranlasse. Die chronische Zufuhr von Cocain kann eine „echte“ Wandlung der Libidostruktur in bezug auf das Triebobjekt zur Folge haben.

*Haberda* (Wien).

**Jislin, S. G.: Über die schizoiden und syntonen Alkoholiker.** (*Dispens. f. Narcomanie, Moskau.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 110, H. 5, S. 750 bis 766. 1927.

Im Gegensatz zu dem üblichen Klinikmaterial hat Verf. ambulant behandelte schwere langjährige Schnapstrinker untersucht und 139 gut durchgearbeitete Fälle zusammengestellt. Es handelt sich um Moskauer Fabrikarbeiter, Handwerker und Angestellte. 49 rechnet Verf. zum Kretschmerschen syntonen Typ, 90 zum schizoiden. Dipsomane und exogene Komplikationen (Lues, Hirntrauma, Kombination mit Cocainismus) wurden nicht eingerechnet. Bei den Schizoiden fiel sehr viel früher im Verlaufe des Dauerabusus als bei den Cycloiden eine Wesensveränderung im Sinne der gesteigerten Reizbarkeit und im ganzen eine größere Neigung zu deliranten pathologischen Räuschen auf. Passagere isolierte Gehörtäuschungen bei erhaltenem Bewußtsein mit mehr oder weniger ausgeprägter Wahnbildung traten bei den Schizoiden häufiger auf, flüchtige optische Halluzinationen, die nicht als abortives Delir anzusehen sind, dagegen bei den Syntonen. Diese zeigten gar keine Tendenz zu Verfolgungs- und Beziehungsideen, die schizoide Gruppe dagegen ausgesprochen. Im Vergleich zur syntonen hat die schizoide Konstitution eine größere Affizierbarkeit gegenüber der Alkoholvergiftung.

*Pohlisch* (Berlin).

**Thiken, Johannes: Über Herabsetzung der Auffassungsfähigkeit bei chronischem Alkoholismus.** Internat. Zeitschr. geg. d. Alkoholismus Jg. 35, Nr. 5, S. 259—269. 1927.

Experimentell-psychologische Untersuchungen der Aufmerksamkeitsfähigkeit mit dem von Karl Weiler konstruierten Pendeltachystoskop ergaben bei chronischen Alkoholisten sehr viel schlechtere Ergebnisse als bei Gesunden, was ja dem Kliniker gut bekannt ist.

*Pohlisch* (Berlin).

**Llewellyn-Jones, F.: Intoxication and its legal consequences.** (Trunkenheit und ihre gesetzlichen Folgen.) (*Med.-Leg. Soc., London, 26. I. 1928.*) Brit. med. journ. Nr. 3501, S. 217—218. 1928.

Ein von einer trunkenen Person abgeschlossener Vertrag kann auf Verlangen dieser annulliert werden. Aber wer auf der Ausrede der Trunkenheit besteht, muß den Gerichtshof überzeugen, daß der andere Teil zur Zeit des Vertragsabschlusses davon Kenntnis hatte. Mit Rücksicht darauf, daß eine vollständig berauschte Person nicht zielstrebig handeln kann, sollte sie genau wie eine irre angesehen werden und frei von Verantwortlichkeit sein, weil ihr ein wesentlicher Bestandteil — nämlich die bewußte Absicht — beim Handeln fehlt. Andererseits erscheint es als einzig richtig, daß der verursachte Schaden auch wieder gutgemacht wird. Nach französischer Auffassung ist die trunkene Person nicht von der Verpflichtung, den Schaden wieder gutzumachen, befreit. Das deutsche bürgerliche Gesetz vertritt den Standpunkt, daß der Trunkene für den Schaden verantwortlich ist, außer wenn er gegen seinen Willen in diesen Zustand gekommen ist. Lord Chancellor Birkenhead erklärt, daß, wenn eine Person eine andere in der Trunkenheit getötet hat, sie die ordnungsmäßige Strafe erleiden müsse, wenn sie es auch in der Unwissenheit getan habe, da die Trunkenheit durch eigene Schuld verursacht sei. Später hat diese Ansicht eine Milderung erfahren. Lord Birkenhead stellt drei Regeln auf. 1. Geistesstörung, die durch Trunkenheit oder auf andere Weise entstanden ist, ist eine Rechtfertigung (defence) für das Verbrechen. 2. Die Gewißheit der Trunkenheit, die den Angeklagten unfähig macht, den Entschluß, der zum Ausdenken des Verbrechens wesentlich ist, zu fassen, sollte mit dem übrigen Tatbestand ordnungsgemäß geprüft werden, um festzustellen, ob der Angeschuldigte den Plan gehabt hat oder nicht. 3. Die Gewißheit der Trunkenheit kurz nach einer erwiesenen Unfähigkeit bei dem Angeklagten, den notwendigen Plan zur Ausführung des Verbrechens zu entwerfen und der Umstand, daß er im trunkenen Zustande leichter zu heftigen Erregungen geneigt ist, spricht nicht gegen die Möglichkeit, daß der Täter die natürlichen Folgen dieses Handelns beabsichtigt hat. So lautete in einem Falle (Beard) die Anklage auf vorsätzlichen Mord. Ein Mann hatte beim Trinken ein junges Mädchen geschändet und erstickt, als er es am Schreien verhindern wollte. Das Haus der Lords wollte die Trunkenheit nur als eine Rechtfertigung gelten lassen, wenn festgestellt wäre, daß der Angeklagte infolge der Trunkenheit unfähig gewesen wäre, den Entschluß zur Be-

gehung der Notzucht zu fassen. Dies wurde aber verneint — der Mord war das Ergebnis einer Folge von Handlungen, die nicht unabhängig voneinander betrachtet werden konnten — und so mußte der Angeklagte sterben. Die britischen Kolonien folgen allgemein den Grundsätzen der englischen Gerichtshöfe. Nach dem indischen Gesetz ist jemand, der ein Verbrechen unter dem Einfluß der Trunkenheit begangen hat, wenn diese das Ergebnis des eigenen Fehlers ist, nicht besser daran als ein nüchterner Mensch. Aber die Gesetzsammlung weist darauf hin, daß durch freiwillige Trunkenheit verursachte Geisteskrankheit von der kriminellen Verantwortlichkeit befreit. Ein amerikanischer Gesetzausleger weist darauf hin, daß sich beim Irresein das Gesetz mit einer gemeinen, gegen den Willen des Leidenden entstandenen Krankheit zu befassen habe. Freiwillige Trunkenheit, die zu Störungen führe, sei keine Krankheit, sondern ein Zustand, der leicht verhütet werden könne. Die französischen Gerichtshöfe hatten früher den Grundsatz, daß Trunkenheit keine Entschuldigung sei. Später trat eine mildere Auffassung ein, und einige französische Schwurgerichte hatten sinnlose Trunkenheit als vorübergehendes Irresein angesehen. Deutsche Juristen unterscheiden zufällige — durch eine andere Person veranlaßte — Trunkenheit, betrügerische Trunkenheit, wo sich jemand mit Überlegung trunken macht, um dann ein Verbrechen zu begehen oder um für sich selbst eine Entschuldigung zu haben, und schließlich freiwillige Trunkenheit. Sie unterscheiden ferner Grade der Trunkenheit und zwar 1. wo das Bewußtsein geblieben ist, 2. wo zwar das Bewußtsein noch vorhanden, aber die Urteilsfähigkeit (mind) getrübt ist und 3. wo die Trunkenheit so vollständig ist, daß von einem mit freiem Willen handelnden Menschen nicht mehr die Rede sein kann. Im deutschen Strafgesetz befindet sich deswegen kein besonderer Hinweis auf Trunkenheit als mildernden Umstand außer unter dem Begriffe des „Zustandes der Bewußtlosigkeit oder krankhaften Störung der Geistestätigkeit, die einen freien Willen verhindert“. Im österreichischen Strafgesetzbuche ist bestimmt, daß eine Tat nicht als ein Verbrechen angesehen werden solle, wenn der Urheber in einem Zustande sinnloser Trunkenheit gewesen sei, aber daß er für ein ernstliches polizeiliches Vergehen mit drei oder sechs Monaten Gefängnis bestraft werden solle, je nachdem er Kenntnis hatte, daß er alkoholischen Ausschreitungen ausgesetzt ist. Der Zustand der Bewußtlosigkeit (inconsciousness) nach dem deutschen Strafgesetzbuche und andern europäischen Systemen ist von dem Zustand vollständiger Empfindungslosigkeit (insensibility), der das allgemeine Merkmal des englischen Wortes ist, verschieden. Das schließt ein, daß der Täter unwesentlich ohne Kenntnis der Natur seiner Taten handelt. Wer — nach den neuen Vorschlägen des italienischen Justizministeriums — im Zustande vollständiger Trunkenheit — durch Zufall oder höhere Gewalt hervorgerufen — das Bewußtsein für seine Taten verloren hat, ist nicht für das von ihm begangene Verbrechen verantwortlich. Trunkenheit gilt nicht als mildernder Umstand, als erschwerender nur dann, wenn sich jemand berauscht, um ein Verbrechen zu begehen oder sich eine Entschuldigung zu verschaffen. Auch eine Anstaltsbehandlung ist vorgesehen. Eine Schwierigkeit in der englischen Rechtsprechung besteht darin, daß das Parlament noch keine Begriffsbestimmung für Trunkenheit (drunkenness) gegeben hat. Ansätze dazu sind in der Strafrechtsvorlage von 1925 gemacht worden. Eine gute Definition ist kürzlich von Judge Sturges gegeben worden: „Wo die Geschicklichkeit und das normal erforderete Urteilsvermögen beim Umgang mit einem Motorrade als Folge des Verbrauchs von Alkohol deutlich vermindert und verschlechtert sind.“ Die Erkennungszeichen für Trunkenheit sind oft unzulänglich gewesen. *Wilcke.*

**Llewellyn-Jones, F.: Drunkenness and civil and criminal responsibility: A study in comparative law.** (Trunkenheit und zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit: eine rechtsvergleichende Studie.) (*Med.-Leg. Soc., London, 26. I. 1928.*) *Lancet* Bd. 214, Nr. 5, S. 235. 1928.

Kurzes Referat über einen Vortrag, der sich mit der Gesetzgebung in verschiedenen Ländern befaßte, soweit sie sich auf die Verantwortlichkeit berauschter Personen vor dem Zivil- und Strafrecht bezieht. Nichts Neues. *Neureiter* (Riga).

**Lachmann, Heinz: Torus palatinus bei Degenerierten.** (*Zahnärztl. Ambulat., Staatskrankenanst., Friedrichsberg-Hamburg.*) *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie* Bd. 111, H. 4/5, S. 616—631. 1927.

Der Torus palatinus, eine knöcherne Erhebung am Dach des harten Gaumens, der verschiedene Grade und Formen darbietet, überwiegt stark beim weiblichen Geschlecht, kommt bei Geisteskranken prozentual häufiger als bei Gesunden vor und ist auch in höherem Prozentsatz bei männlichen Verbrechern und Prostituierten vertreten. Alles in allem überwiegt also der Torus bei Degenerierten gegenüber Normalen: ein Resultat, das den Ergebnissen Näckes entspricht. *Birnbaum* (Herzberge).

**Regnault, Félix: Des anomalies osseuses chez les arriérés criminels et les brigands.** (Knochenanomalien bei schwachsinnigen Verbrechern und bei Räufern.) *Bull. et mém. de la soc. d'anthropol. de Paris* Bd. 7, Nr. 4/6, S. 92—95. 1926.

Untersuchungen in verschiedenen Museen an Schädeln von geistig minderwertigen

Verbrechern ergaben verschiedene Abweichungen am Schädel, Unregelmäßigkeiten im Knochenbau, Exostosen, Atrophien, die vermutlich auch mit Hirnhaut- und Gehirnveränderungen einhergegangen waren. Auch an den Schädeln von Räufern fanden sich Knochenveränderungen am Schädel, insbesondere Hyperostosen, z. B. am Unterkiefer, am Jochbein, wie sie Lombroso schon festgestellt hat. Es wird angenommen, daß gewisse Beziehungen zwischen diesen Veränderungen und dem Verbrechen bestehen.

Gg. Strassmann (Breslau).

**Ameghino, Arturo, Nicéforo Castellano und Ramón M. Arana: Die Verantwortlichkeit der hereditären Degenerierten.** Rev. argentina de neurol., psiquiatr. y med. leg. Jg. 1, Nr. 3, S. 342—349. 1927. (Spanisch.)

Mitteilung eines Gutachtens über einen „hereditär Degenerierten“, der wegen nicht näher bezeichneter (wohl geringfügiger) Delikte verfolgt wurde und für den verminderte Zurechnungsfähigkeit angenommen wurde. — Es handelte sich um ein willensschwaches und arbeitsscheues Individuum mit pseudologistischen Neigungen, das bei erheblichen Mängeln in Auffassung und Urteil über eine beträchtliche Lebhaftigkeit und Gewandtheit des sprachlichen Ausdrucks und gute Gedächtnisleistungen verfügte, somit also gewisse Beziehungen zu den eretischen Imbezillen haben dürfte. Der Patient ist durch Geistesranke und zahlreiche Psychopathen in der Familie belastet.

Eduard Krapf (München).

**Griffin, Wm. Ray: Criminal responsibility of the mentally deficient.** (Strafrechtliche Verantwortlichkeit Schwachsinniger.) Southern med. journ. Bd. 20, Nr. 12, S. 918—923. 1927.

Voraussetzung für richtige Abschätzung des Grades der Verantwortlichkeit von Schwachsinnigen ist die Erkenntnis des Grades ihrer Intelligenz. Folgendes Schema wird empfohlen: 1. Idiotie bis zum Intelligenzalter von 2 Jahren hinauf, 2. Imbezillität von 3—7 Jahren, 3. Debilität von 7 bis einschließlich 12 Jahren. Diese Debilen oder Moronen bedeuten ein großes soziales Problem. Sie sind wohl unter günstigen Verhältnissen imstande, ihren Lebensunterhalt zu verdienen, versagen aber im Wettbewerb mit Gesunden. Vor der Pubertät unterliegt das Kind seinen Instinkten und Impulsen und entbehrt noch des vernünftigen Überlegens. In diesem Stadium bleibt der Schwachsinnige stecken. Äußerlich braucht er trotz seiner Gedankenarmut nicht aufzufallen. Bei Geisteskranken und Idioten ist es klar, daß sie nicht wissen, was sie tun. Dagegen läßt sich das von einem höheren Schwachsinnigen nicht behaupten. Dennoch mag er im Affekt Handlungen begehen, für die er nicht verantwortlich ist. Auch fehlt oft die genügende Einsicht aus Unfähigkeit zu abstraktem Denken. Die richtige Behandlung solcher Menschen ist ungeheuer schwierig. Es fehlt eine Verwahrungsmöglichkeit vor der Begehung der Tat. Dazu kommt das populäre Vorurteil, als ob nur tobstüchtige Geistesranke und Idioten zurechnungsunfähig wären. Vom psychiatrischen Standpunkt ist es ein Unding, daß der Richter als medizinischer Laie die Frage der Zurechnungsfähigkeit zu entscheiden hat. Ein ausreichender Schutz der Gesellschaft vor Untaten von Geistesgestörten kommt so zu kurz. Durch die gesetzlichen Vorschriften sieht sich der Gerichtsarzt in eine schiefe Stellung gedrängt. Es entstehen die bedauerlichen Meinungsverschiedenheiten zwischen mehreren Sachverständigen in der Begutachtung von Grenzfällen. Schärfere Richtlinien müßten hier ausgearbeitet werden. Es geht nicht an, daß der von der Behörde zugezogene Sachverständige sich streng an die gesetzlichen Vorschriften hält, während der von der Verteidigung Geladene eine vorhandene Minderwertigkeit übermäßig betont. Die erschreckende Unwissenheit über die Natur geistiger Störungen sogar in Kreisen der Gebildeten einschließlich der Richter kann nur durch wissenschaftliche Aufklärung beseitigt werden. Ferner könnte die Einführung einer partiellen Zurechnungsfähigkeit von Nutzen sein.

In der Aussprache bedauert Finlay Gayle die häufige Uneinigkeit der Gutachter. Viele von ihnen seien sachverständige Zeugen, aber keine gerichtlichen Sachverständigen. Zweifelhafte Geisteszustände sollten schon vor der Hauptverhandlung durch vom Gericht ernannte Sachverständige untersucht werden. Wo sich Zurechnungsunfähigkeit fände, sollte das Verfahren eingestellt und der Delinquent einer Heilanstalt übergeben werden. — Mason Smith warnt, daß die Neigung mancher Psychiater, schon bloße Psychopathen zu exkul-

pieren, unzutraglich mit der heutigen Justizpflege ist. Solange freilich die Verteidigung von sich aus Sachverständige laden darf, kann man nicht auf strenge Unparteilichkeit der Gutachter rechnen. — Bliss fordert die unbestimmte Verurteilung und verschiedene Gestaltung der Verwahrung je nach dem Geisteszustande. — Beall wünscht eine engere Zusammenarbeit von Juristen und Psychiatern. — Griffin würdigt im Schlußwort die hohe Bedeutung einer Prophylaxe des Verbrechen und verlangt die Beobachtung der zu Begutachtenden in öffentlichen Anstalten.

**Hewart: Criminal law and insanity.** (Kriminalgesetz und Geisteskrankheit.) (*Med. soc., London, 16. XI 1927.*) *Lancet* Bd. 213, Nr. 22, S. 1129—1131. 1927.

Vortrag eines Juristen, der sich mit außerordentlicher Schärfe gegen die Versuche wendet, das englische Kriminalrecht zugunsten abnormer Persönlichkeiten zu ändern. Zur Zeit stützen sich die Zurechnungsfähigkeitsbestimmungen noch auf ein altes Gesetz aus dem Jahre 1843, wonach die Zurechnungsunfähigkeit erst bewiesen sein muß, ehe ein Freispruch erfolgt, und nur dann angenommen werden kann, wenn Geisteskrankheit zur Zeit der Tat vorliegt und infolge dieser Erkrankung eine Urteilsstörung vorliegt, die so hochgradig ist, daß der Angeklagte nicht weiß was er tut, oder nicht weiß, daß das, was er tut, ungesetzlich ist. Der Vortr. wendet sich entschieden gegen eine Erweiterung dieser Bestimmung und insbesondere gegen eine Modifikation in dem Sinne, daß auch bei unhemmbaren Antrieben die Zurechnungsfähigkeit verneint werden kann. Dabei geht er keineswegs auf die Möglichkeit der psychotischen Zustände ein, die sich vorwiegend in Impulsen äußern. Selbst das sichere Bestehen von Wahnideen, welche in Beziehung zur Handlung stehen, scheint dem Vortr. nicht an sich zu genügen, um Zurechnungsunfähigkeit anzuerkennen, wenn nicht der Nachweis erbracht werden kann, daß der Kranke nicht weiß, daß sein Tun ungesetzlich ist. *F. Stern.*

**Minogue, S. J.: Crime and insanity.** (Geisteskrankheit und Verbrechen.) (*Ment. hosp., Gladesville, New South Wales.*) (*Austral. med. congr., Dunedin, 3.—10. II. 1927.*) *Med. journ. of Australia* Bd. 2, Nr. 20, Suppl. Nr. 12, S. 384. 1927.

In einer kurzen Übersicht erwähnt Verf., daß etwa 50% aller geisteskranken Verbrecher intellektuelle Defekte aufweisen, und daß viele imbezille Menschen zu Unrecht bestraft werden. Die Verbrechen, die von diesen Schwachsinnigen besonders ausgeführt werden, werden aufgeführt; nicht ganz mit den deutschen Erfahrungen stimmt die Angabe des Verf. überein, daß Sittlichkeitsverbrechen bei Debilien selten sind. Mittels der Binet-Simon-Methode werden viele Debile unter Strafgefangenen aufgedeckt. *F. Stern* (Göttingen).

**Rossi, Enrico: Natura delle reazioni antisociali.** (Die Natur der antisozialen Reaktionen.) (*Manicomio prov., Milano.*) *Manicomio* Jg. 40, Nr. 1, S. 33—40. 1927.

Unter den Schulkindern befinden sich etwa 5—8% psychisch anomale verschiedenen Grades. Aus ihnen rekrutiert sich das Verbrechen. Die anomalen Kinder sind indessen nicht von vornherein wertlose Geschöpfe. Wie die Erfahrung zeigt, sind sie der Besserung zugänglich und können sogar bis zu einem gewissen Grade sozial brauchbar werden, nur muß zur rechten Zeit die geeignete Erziehung einsetzen. Die Desequilibrierten bilden den Übergang vom Normalen zum Pathologischen. Zu ihnen gehören die Fanatiker, die Utopisten und Exzentrischen aller Art. Zwischen Geisteskrankheit und Verbrechen besteht eine enge Verwandtschaft. Sind die Vorfahren psychopathisch, so kann unter den Nachkommen der geborene Verbrecher in Erscheinung treten. Nicht bei allen Kriminellen braucht der Grund in ihrer abnormen Konstitution gesucht werden. Viele politische Verbrecher und andere antisoziale Elemente werden es infolge der Falschheit, des Egoismus und des Verbrechens ihrer Umgebung. Das schlechte Familienbeispiel, die Geringschätzung der Religion, die Verführung der Kameraden, die schlechte Presse, der politische Kampf können den günstigen Boden bereiten, auf dem das Verbrechen entsteht. Auf der einen Seite Armut und Unterernährung, auf der andere Seite Reichtum und Luxus sind gleichfalls Faktoren, die die verbrecherische Neigung wachrufen und zur Ausführung bringen können. Eine wichtige Aufgabe liegt darin, die allgemeine Moral zu heben. *Ganter* (Wormditt).<sup>oo</sup>

**Hübner, A.: Die kriminalistische Bedeutung des Schlafes.** (*Inst. f. Verbrechensforsch., Univ. Bonn a. Rh.*) *Arch. f. Kriminol.* Bd. 81, H. 2/3, S. 86—101. 1927.

Verf. bringt in dieser Abhandlung eine häufig aufgeworfene und selbst in Romanen und Tagespresse oft wiederkehrende Frage zur Sprache. Mit Berücksichtigung der in der Literatur bekannten Erörterungen und unter Anführung etlicher eigener Beobachtungen klinischer und experimenteller Art betrachtet Hübner außer dem Schlaf als solchen auch die schlafähnlichen Zustände, wie wir sie in Gestalt der Träume,

des Halbschlafes, des Erwachens und gewisser pathologischer Formen kennen, und kommt zu folgenden Ergebnissen: Bei der Bewertung von Zeugenaussagen über Wahrnehmungen, die während des Einschlafens oder Erwachens gemacht werden, ist um so mehr Vorsicht geboten, je komplizierter die zu erörternden Vorgänge sind. Ungenauigkeiten und grobe Irrtümer seien unvermeidlich. Dafür bringt H. einige schöne Beispiele. Die Frage, ob Verbrecher von ihrer Tat träumen, und ob etwa ein Träumender selbst ein Verbrechen begehen kann, lasse sich mangels hinreichenden Beweismaterials nicht schlüssig beantworten. Bei der experimentellen Nachprüfung der Frage, ob ein Schlafender hypnotisiert oder chloroformiert werden kann, ohne zu erwachen, hat H. gefunden, daß die Versuchsperson im tiefen Schlaf nicht gestört wird, im leisen Schlaf aber erwacht. Ebenso wenig glaubt H., daß eine Frauensperson im Schlaf entjungfert werden kann, es sei denn, daß sie etwa infolge Alkoholgenusses sich in einem Zustand von Bewußtlosigkeit i. S. des § 176 Z 2 StrGB befindet. Meist bei pathologischen Persönlichkeiten komme es mitunter zu Zuständen von Schlaftrunkenheit, Schlafwandeln und Störungen des Erwachens. Dabei komme es wohl selten zu strafbaren Handlungen, die aber durch ihre Triebhaftigkeit und Brutalität imponieren. Der Schwierigkeit des Nachweises wird besonders gedacht. Von den pathologischen Zuständen erörtert H. solche nach hochgradiger Erschöpfung, ferner solche psychogener sowie organisch bedingter Natur. Die Eigenart der Situation könne zu verschiedensten Delikten führen (z. B. Sachbeschädigung, Betriebsunfall durch Dienstvernachlässigung usw.). Im ganzen bietet die Abhandlung eine Anregung zum weiteren Studium dieser verschiedenen, praktisch oft recht bedeutsamen Fragen. *Müller-Hess.*

**White, William A.: The need for cooperation between the legal profession and the psychiatrist in dealing with the crime problem.** (Die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens von Jurist und Psychiater bei der Bearbeitung des Verbrechensproblems.) *Americ. journ. of psychiatry* Bd. 7, Nr. 3, S. 493—505. 1927.

Verf. fordert im Sinne der modernen Strafrechtslehre an Stelle der schematischen Beurteilung der Straftat eine individuelle Erfassung und Berücksichtigung des Täters, an Stelle des Abschreckungs- und Vergeltungsprinzips den Gesichtspunkt des Schutzes der Allgemeinheit und der Erziehung zur sozialen Wiedereingliederung. Für diese Reform, die sich bei den Jugendgerichten schon angebahnt hat, verlangt er Staatsanwälte und Richter, die in psychiatrischen Kliniken und großen Gefängnissen eine besondere Vorbildung erhalten sollen.

*Hans Roemer (Karlsruhe).*

**Gross, Károly: Beiträge zur Frage des pathologischen Verbrechens.** *Therapia* (Budapest) Jg. 4, Nr. 22, S. 510—511. 1927. (Ungarisch.)

Verf. teilt 2 Fälle der kriminalpsychiatrischen Praxis mit, die auf einer reaktiven Depression beruhen. Der erste Fall betrifft eine wegen Mittäterschaft an Kindesmord verurteilte Dienstmagd, welche einen Diebstahl ausführte, um — wie sie selbst angibt — den Rest der früheren Strafe verbüßen und somit ins Gefängnis wieder zurückkehren zu können. Dadurch wollte sie der peinlichen Polizeiaufsicht ein Ende bereiten. Zu beobachten war eine starke Depression, sie machte auch bei der Entdeckung keine Fluchtversuche. Der zweite Fall betraf die falsche Selbstanzeige eines Obdachlosen wegen Raubmordes, die kriminalistisch nicht widerlegt, auf Grund der dreimal rezidivierenden Selbstanzeige und auch jetzt bestehender Depression aber psychiatrisch als grundlos erkannt werden konnte. *Kluge.*

**Tullio, B. di: Wesen und Verhütung der Gefängnispsychosen.** *Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform* Jg. 18, H. 11, S. 616—621. 1927.

Die Bezeichnung Gefängnispsychose ist auf die Krankheitsbilder einzuschränken, die direkt durch die Inhaftnahme provoziert werden. Die individuelle Disposition verdient dabei keine besondere Berücksichtigung. Progr. Paral. ist niemals eine Gefängnispsychose, ebenso wenig das Krankheitsbild der „kriminellen Phrenastheniker“, bei denen die Straftat Ausdruck der geistigen Abnormität und der psychopathischen Episode ist, die Dem. praec., senilis und arteriosklerotische Demenz, die epileptische, toxische, zirkuläre Psychose. Bei der Mehrzahl dieser Fälle, die während der Haft auftreten, sind anamnestisch vor der Haft liegende Störungen nachzuweisen, bei denen „fast immer“ die Haft den Verlauf beschleunigt und erschwert (nicht bewiesen und sehr fraglich, Ref.). Echte Haftpsychosen entwickeln sich bei 4 Gruppen, die aufgezählt werden, kritisch aber nicht zu halten sind, so daß ich sie nicht aufführe, zumal sie z. T. mit den oben gebrachten Äußerungen in Widerspruch stehen. Es wird eine Reihe von

Krankheitsbildern der Haftpsychosen aufgezählt, über Simulation gesprochen und von dieser behauptet, daß bei starker Entwicklung „auch der erfahrenste Psychiater“ nicht mehr genau feststellen und voraussagen“ kann, „inwieweit die krankhaften Symptome echt oder simuliert sind“ (? Ref.); der Verf. spricht sogar von „pathologischer Simulation“. Die individualisierte Arbeitszuteilung, Lektüre, religiöse Übungen, Unterredungen mit den Ärzten und leitenden Personen beugen den Haftpsychosen vor und heilen die ausgebrochenen. (Danach kann von echten Haftpsychosen eigentlich gar nicht gesprochen werden. Ref.) *Klieneberger* (Königsberg/Pr.).

**Spak, H.:** Wer hat gefährliche Geisteskranke zu befürsorgen? Svenska läkartidningen Jg. 24, Nr. 51, S. 1511—1512. 1927. (Schwedisch.)

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen lassen eine Lücke erkennen, insofern nicht bestimmt ist, wer zur Befürsorgung gemeingefährlicher Geisteskranker berufen ist, solange sie nicht bereits Verbrechen begangen haben. Es wird aber in jedem Fall nötig sein, vorzuzusorgen, daß die Begehung des Verbrechens nicht möglich wird. Der herbeigerufene Arzt wird nicht immer sofort Überführung in ein Hospital anordnen können. Wenn dann die häuslichen Verhältnisse zur Isolierung und Bewachung ungeeignet sind, müßte die kommunale Verwaltung für geeignete zeitweilige Unterkünfte sorgen. Auch wenn ein Geisteskranker von seiner Umgebung mißhandelt wird, hat der Arzt die Verpflichtung, der Behörde Vorschläge zur Versorgung des Kranken zu machen, ohne daß bisher praktische Möglichkeiten zur Besserung der bestehenden Schwierigkeiten sich ergeben haben.

*H. Scholz* (Königsberg/Pr.).

**Herschmann, Heinrich:** Über die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit (v. Zfgkt.) und die sichernden Maßnahmen in den deutschen und österreichischen Strafgesetzentwürfen vom Jahre 1927. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenheilk. Bd. 82, H. 3, S. 331—338. 1927.

Verf. weist darauf hin, daß die Begründung zum § 15 des Deutschen Entwurfes bei Besprechung der verminderten Zurechnungsfähigkeit den Satz enthält, die Frage sei von Bedeutung, ob nicht gerade mit Rücksicht auf die abgeschwächte seelische Widerstandsfähigkeit des Täters ein nachhaltiger Eindruck nur von einer längeren Strafe erwartet werden könne. Das schaue geradezu nach einer Aufforderung zu einer strengeren Bestrafung aus und könne außerordentliche Schwankungen in der Judikatur ergeben. Verf. bedauert, daß nach dem Österr. Entw. ein wegen Bewußtseinsstörung Freigesprochener nicht in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebracht werden kann. Er hofft, daß sich der Deutsche Entwurf dem Österreichischen noch anschließen wird bezüglich der Anordnungsbehörde, die in Österreich das Gericht, in Deutschland wie bisher die Verwaltungsbehörde werden soll. Auch hinsichtlich der Unterbringungsart besteht ein erheblicher Unterschied: In Deutschland hält man bedauerlicherweise an der Unterbringung vermindert Zurechnungsfähiger in Heil- und Pflegeanstalten fest, während in Österreich voraussichtlich Zwischenanstalten geschaffen werden.

*Göring* (Elberfeld).

**Herschmann, Heinrich:** Die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung der geisteskranken und psychopathischen Verbrecher. Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 45, H. 3, S. 221—275. 1927.

Das Problem strafrechtlicher Behandlung und Unterbringung der geisteskranken Verbrecher ist eng verbunden mit der Frage der Versorgung der verbrecherischen Geisteskranken. Beide zusammen bilden die Gesamtheit der gemeingefährlichen Geisteskranken, für welche manche Autoren gemeinsame Maßnahmen, andere eine differenzierte Behandlung fordern. Verf. ist für Differenzierung, weil beide verschieden, die ersten präkriminelle Psychopathen, die zweiten psychotisch, nicht präkriminell sind.

4 Vorschläge liegen für die Unterbringung der gemeingefährlichen Geisteskranken vor: Eigene Zentral-, Adnexe an Irren- und Strafanstalten, Heil- und Pflegeanstalten. Es folgen ein Literaturüberblick über diese Anstaltstypen, Schilderung der Einrichtungen und Gesetzentwürfe, die alle sehr verschieden sind. Kein Vorschlag trägt der Mannigfaltigkeit der Möglichkeiten Rechnung. Ein elastisches System zwecks individualisierender Behandlung mit einem Minimum von Anstaltstypen sei notwendig; ebenso Unterscheidung transitorischer und länger dauernder Erkrankungen und Feststellung krimineller Anlagen. Die transitorisch Kranken mit krimineller Anlage bzw. Vorleben, gehören in Zwischenanstalten, da sie disziplinarer Maßnahmen bedürfen, die nicht in die Irrenanstalten passen, nicht vorkriminelle transitorische Behandlungsbedürftige in die Irrenanstalt. Ihre Entlassung unterliegt dem Gericht, das bei Nichtzustimmung Zwischenanstaltsverwaltung verfügen kann. So sind auch längerdauernde Psychosen zu behandeln. Im Strafvollzug,

evtl. auch in Gefängnislazaretten Erkrankende, sind in der Strafanstalt zu beobachten. Dazu notwendig sind gewisse psychiatrische Kenntnisse des Gefängnisarztes, gewisses Vertrautsein des Personals mit der Pflege Geisteskranker. Anschließend bringt Verf. „die vielleicht erfüllbare Forderung, daß regelmäßige psychiatrische Untersuchungen der Strafgefangenen durch eigens dazu bestellte, fachärztlich hochausgebildete Inspektoren (? Ref.) eingeführt werden“. Die Entlassung der Zentralanstaltsinsassen, an die Zustimmung des Gerichtes gebunden, soll stets nur bedingt erfolgen, der Entlassene beaufsichtigt, bei Entgleisungen Rückbringung in die Anstalt verfügt werden. Die Verwahrdauer soll nicht allein von der Führung in der Anstalt, sondern auch von der Deliktsschwere abhängen. Der Täter, nicht die Tat ist zu bestrafen, Internierung notwendig, zur öffentlichen Sicherheit. Auch Beurteilung der strafrechtlichen Behandlung und der Unterbringung der vermindert Zurechnungsfähigen, ihre Häufigkeit ist allgemein ganz verschieden. Sie eignen sich, falls öffentliche Sicherheit dies erfordert, für Heil- und Pflegeanstalten. Verwahrung der vermindert Zurechnungsfähigen soll in der Regel nach Strafverbüßung erfolgen. Oft wird ein als unzurechnungsfähig freigesprochener Verbrecher später als vermindert zurechnungsfähig erkannt, Minderwertigkeit vielfach erst im Strafvollzug aufgedeckt. Auch gegen die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit bestehen Bedenken ohne hinreichende Begründung. Obligatorische Strafmilderung wird fast einmütig abgelehnt. An Stelle der zwangsmäßigen Strafmilderung soll fakultative treten. Der Vorschlag eines neuen Anstaltstypus, der Entziehungsanstalt, ist zwecklos. Zum Schlusse schlägt Verf. vor: Teilung der Verurteilten gemäß ihrer Straferstehungsfähigkeit durch die Strafvollzugsbehörde in die voll Straferstehungsfähigen und in die wegen ihres Geisteszustandes Rücksicht Verdienenden, Absonderung dieser letzteren von den übrigen Verurteilten, besonderer ihnen angepaßter Strafvollzug. Die Verwahrung aus Gründen der öffentlichen Sicherheit nach verbüßter Strafe ist in der Strafanstalt zu vollziehen, bei den psychopathisch Minderwertigen in den zu errichtenden besonderen Anstalten, in die auch die wegen Unzurechnungsfähigkeit Freigesprochenen und die während der Haft geistig erkrankten Verurteilten aufgenommen werden.

So wäre das Problem der Geisteskranken und Verbrecher durch die Errichtung einer einzigen Anstaltstypus zu lösen, von denen einige Abteilungen mehr Irrenanstalts-, andere mehr Gefangenhausharakter tragen. *Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

**Strasser, Ch.: Zur Bekämpfung der Sexualdelikte.** (*Schweiz. Ver. f. Psychiatrie, Neuchâtel u. Préfargier, Sitzg. v. 28.—29. V. 1927.*) *Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie* Bd. 21, H. 1, S. 146—152. 1927.

Sexuelle Perversionen sind immer als etwas Funktionelles, Erworbenes zu betrachten, sind nie angeboren. Die Perversion ist keine angeborene Triebkraft im Gegensatz zur normalen Sexualform. Die Sexualität ist eine Teilerscheinung der ganzen Persönlichkeit und bewegt sich in denselben Bahnen wie das gesamte Ich. Bekämpfung der Sexualdelikte bedeutet Psychotherapie der den Perversionen zugrunde liegenden seelischen Erkrankungen. Sexualdelikte bei kranken Individuen sind lediglich als Symptome aufzufassen. *Schönberg* (Basel).

**Kleist, Fritz: „T. Kh.“ Beitrag zur psychoanalytischen Bewertung und Behandlung jugendlicher Rechtsbrecher.** (*Jugendabt., Strafgefängnis, Breslau.*) *Zeitschr. f. psychoanal. Pädag.* Jg. 2, H. 2, S. 39—49. 1927.

Beschreibung eines jugendlichen Kriminellen, der bereits in der letzten Schulzeit Wohnungsdiebstähle beging, mit 15½ Jahren einige Monate Gefängnis abbüßt, dann wieder straffällig wird, zahlreiche Verhaftungen und Ausbrüche durchmacht, immer widerpenstiger wird, bis er in das Jugendgefängnis W. kommt. Dort beschäftigt Verf. sich eingehend mit ihm und deckt auf, wie er sich von Kindheit an eingengt und ständig unter einem Zwang fühlte, gegen den er anheben mußte, wie er sich immer mehr in die Vorstellung von der feindselig gegen ihn gerichteten Macht aller Menschen um sich hineinlebte. Es gelang durch gütiges Eingehen auf ihn und systematischen Aufbau einer neuen Lebensanschauung eine Wandlung in ihm zu erzielen, so daß die Hoffnung berechtigt ist, ihm eine dauernde neue Leitlinie geschaffen zu haben. Die Arbeit wirft ein Licht auf die Erfolge, die erzielt werden könnten, wenn besonders bei jugendlichen Rechtsbrechern an Stelle der Schablone im Strafvollzug eine individuelle Heilpädagogik treten würde. *Max Grünthal* (Berlin).

**McIver, Joseph: The juvenile delinquent.** (Der jugendliche Verbrecher.) *Journ. of the Americ. med. assoc.* Bd. 89, Nr. 19, S. 1598—1600. 1927.

Verf. bringt für den deutschen jugendpsychiatrisch und kriminologisch vorgebildeten Leser nichts wesentlich Neues als den Eindruck, daß man in Amerika erst beginnt, sich mit den Problemen zu beschäftigen, die bei uns längst eingehend erörtert, wenn auch noch keineswegs gelöst sind. McIver verlangt psychiatrische Mitwirkung bei jedem Fall von jugendlicher Kriminalität; der Psychiater soll auf Grund der von der Schule, den Sozialarbeitern und

anderen Stellen zusammengetragenen Vorgeschichte und seiner eigenen Untersuchung den Heilplan für den jugendlichen Verbrecher aufstellen. Er beschreibt die Untersuchung und die Vorarbeiten ausführlich (ohne neue Gesichtspunkte). Psychiatrisch unterscheidet er zwei große Gruppen von jugendlichen Verbrechern, die er aber pädagogisch klassifiziert: solche, die mit dem Kopf und aus Büchern lernen, und solche, die nur mit den Händen lernen können, indem sie in einfach-mechanischer Handarbeit ausgebildet werden, eine Einteilung, die nach europäischen Begriffen vollkommen unzulänglich ist. Ähnlich primitiv sind auch seine Ausführungen über die Unterbringung und Behandlung des jugendlichen Kriminellen.

*Villinger (Hamburg).*

**Ewert: Jugendliche als Zeugen.** Zentralbl. f. Jugendrecht u. Jugendwohlf. Jg. 19, Nr. 7, S. 169—172. 1927.

Um den erzieherischen Gefahren vorzubeugen, die jugendlichen Zeugen durch die Vernehmung in einer Hauptverhandlung drohen, wird vorgeschlagen, § 223 der Strafprozeßordnung durch folgende Bestimmung zu ergänzen: „Auch Kinder und jugendliche Personen können von einem beauftragten und ersuchten Richter vernommen werden (Jugendrichter), wenn ihre Vernehmung in der Hauptverhandlung ihr sittliches Empfinden verletzen oder ihre geistige Entwicklung beeinträchtigen könnte.“ Ferner wird für die im Ermittlungsverfahren schwer zu entbehrenden Polizeibeamten eine besondere Auslese und Schulung verlangt. Die letzte Forderung ist nicht neu und in einzelnen Städten, wie z. B. Leipzig, bereits seit Jahren mit gutem Erfolge durchgeführt.

*W. Hoffmann (Leipzig).*

**Döring, Max: Die Praxis des kinderpsychologischen Sachverständigen in Sexualprozessen bei den Leipziger Gerichten.** Zeitschr. f. Sexualwiss. Bd. 14, H. 7, S. 273—275. 1927.

Döring führt aus, daß der Freistaat Sachsen den Forderungen der Psychologen am weitesten entgegengekommen ist. Dort läßt man als Sachverständigen gelten den praktischen und Universitätspsychologen, den kinderpsychologisch geschulten Pädagogen und den Mediziner. Ferner kommen in Frage Berufsberater und in der Jugendpflege tätige, entsprechende Vorbildung aufweisende Personen. Auch den Pfarrer führt die Verordnung auf. In Leipzig werden von dem psychologischen Institut der Universität und des dortigen Lehrervereins dem Gericht Sachverständige nachgewiesen. D. fordert, daß der Sachverständige schon im Vorverfahren tätig sein soll, und daß untere Polizeiorgane ein sexuell verletztes Kind zur Sache nicht befragen sollen.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß Vernehmungen von Kindern in Sexualprozessen am besten durch psychologisch geschulte Persönlichkeiten erfolgen. Die Stellung des Sachverständigen sollte jedoch nach Ansicht des Ref. dem Arzte vorbehalten bleiben, der über eine genügende psychiatrische und psychologische Durchbildung verfügen und entscheiden muß, ob die Zeugenaussagen von einer gesunden oder geisteskranken oder psychisch angekränkelten Persönlichkeit gemacht sind.

*Többen (Münster).*

**Lewin, Bruno: Ein eigenartiger Fall von falscher Selbstbeziehung.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 87, H. 3/4, S. 155—180. 1927.

Es handelt sich um einen schwer belasteten Mann, der sich viel umhergetrieben, mit Malaria und Lues infiziert hat. Er wurde wegen Diebstahls, Zuhälterei, Unterschlagung und Straßenraubs bestraft. Die Selbstbezeichnungen beginnen verhältnismäßig spät. Er behauptet, sie in epileptischen Dämmerzuständen zu äußern, was aber durchaus unwahrscheinlich ist. Für masochistische Triebe sind keine Anhaltspunkte vorhanden. Anscheinend hatte das kriminalistische Milieu schon lange einen großen Reiz für ihn; es dürfte sich um Pseudologia phantastica handeln, die durch Geltungsbedürfnis genährt wurde.

*Göring (Elberfeld).*

**Eliasberg, W., und M. Hirschberg: Ein „Fall“ von Notdiebstahl.** Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 18, H. 12, S. 661—670. 1927.

Bis dahin ordentlicher und nicht vorbestrafter Mann in chronischer Notlage infolge Kurzarbeit, infolgedessen in psychologisch verständlichem Depressionszustand mit Spannungsgefühlen; Alkoholgenuß der Tat vorausgegangen. Entreißt am hellen Tage auf belebter Straße einer Frau eine Geldtasche ohne weitere Überlegung und wirft sie gleich weg, als die Frau sofort danach um Hilfe schreit. Bei dem Besch. besteht eine Encephalopathie nach Commotio mit einem intracerebralen Kalkschatten, vielleicht sogar gesteigerter Hirndruck. Störung des Geistestätigkeit wird angenommen, wenn auch nicht mit Sicherheit § 51 angenommen werden kann. Milde Bestrafung mit Bewährungsfrist. Auf die Notwendigkeit bei dem Begriff Notstand als Schuldausschließungsgrund auch chronische Notlage zu berücksichtigen, wird besonders hingewiesen.

*Stern (Göttingen).*

**Eliasberg, Wladimir: Psychologie des Abnormen.** Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 33, H. 4, S. 291—310. 1927.

Die sozialen Grundlagen der psychologischen und psychiatrischen Beurteilung des abnormen Menschen hat Eliasberg in diesem vor Sozialbeamten gehaltenen Vortrag mit großer Klarheit und einer bemerkenswerten Vielseitigkeit der Gesichtspunkte erörtert. Der Sozialbeamte, der, ohne die öffentlichen Organisationen, das Eingriffsrecht des Staates und die Lebensdauer seiner Einrichtungen zu überschätzen, in jedem einzelnen Falle die sozialen von den charakterologischen Gründen der Hilfsbedürftigkeit oder der Reibungen mit Wirtschafts-, Gesellschafts- und Rechtsordnung zu trennen versucht und danach seine Entschließungen und Maßnahmen einrichten will, wird sich diese Gesichtspunkte zu eigen machen müssen. *Homburger (Heidelberg).*

**Hulett, Albert Groves: The psychological and medicolegal aspects of pernicious anemia.** (Psychologische und forensische Bedeutung der perniziösen Anämie.) Med. Journ. a. record Bd. 127, Nr. 1, S. 1—6. 1928.

Der Verf. geht in seinen Überlegungen von einer Anfechtung des Testaments eines an perniziöser Anämie Verstorbenen aus. Er war zu einem ärztlichen Gutachten über die Möglichkeiten psychischer Störungen bei dieser Krankheit aufgefordert und stellte bei Durchsicht der Literatur fest, daß weit häufiger, als angenommen, psychische Veränderungen schon in den Anfangsstadien des Leidens auftreten; in der Mayo-Klinik zeigten 80,6% aller an p. A. Leidenden Störungen des Nervensystems, unter denen Psychosen sehr häufig waren. In Betracht kommen namentlich paranoide Zustände mit Beeinträchtigungsideen, Apathiezustände und auch organische Demenzzustände. Verf. beschreibt dann 6 Fälle von p. A. mit sehr ausgeprägten Psychosen, von denen allerdings Fall I auch eine echte Paralyse sein kann; immerhin ist bemerkenswert, daß auch Fälle mit sinnlosen Größenideen beobachtet wurden, in denen der Liquorbefund völlig normal war (kein histologischer Befund). In anderen Fällen traten mehr Verwirrheitszustände mit impulsiven Erregungen in den Vordergrund. Jedenfalls muß auch in den Anfangsstadien der p. A. der psychische Zustand genau beobachtet werden, ehe man Testierfähigkeit usw. anerkennt. *F. Stern (Göttingen).*

● **Theilhaber, Felix A.: Sexualität und Erotik.** (Beitr. z. Sexualprobleme. Hrsg. v. Felix A. Theilhaber. H. 9.) Berlin: Fritz Kater 1927. 20 S. RM. 0.40.

Schon in der Pubertät, in der ersten Zeit der Reife, erfüllt den Körper des Jugendlichen das süße Gift der Liebe. Wie weit nun die Unterdrückung zu anomaler Einstellung führen kann, ist nicht klar. Die Mehrzahl der Menschen verträgt die Abstinenz, wenn auch oft und zumeist unter mehr oder minderen Beschwerden, bei einem Rest verliert sich die Erotik in abwegige Gebiete, welche die Natur nicht direkt vorgesehen hat. Alle Untersuchungen über den Körperbau, über Funktion der Geschlechtsorgane, Abstammung usw., kurz alle Beobachtungen haben keine festen Unterlagen und Erklärungen darüber gefunden, wieso Homosexualität, Sadismus, Transvertitismus usw. entstehen. Bei einem Teil der davon Betroffenen mag das Sexualorgan nicht normal angelegt sein, so daß dieser körperliche Mangel die seelische Abweichung erklärt. In vielen Fällen aber ist eine Ursache für die eigenartige Einstellung der Geschlechtsliebe nicht nachweisbar. Das große Geheimnis der seelischen oder körperlichen Eigenart ist noch nicht erforscht. Würden in den Geschlechtsstoffen die einzigen Quellen der anomalen Geschlechtstriebe liegen, so wäre die Angelegenheit sehr bequem zu betrachten. Wir würden für einen Homosexuellen z. B. diese biologische Abnormalität als Ursache annehmen. Hirschfeld u. a. haben ja die körperliche Beschaffenheit der Homosexuellen eingehend studiert. Sicher ist es die Konstitution, die zur Homosexualität führt. Aber das grobe Bild des Menschen zeigt diesen Unterschied kaum an. Aus einer vielleicht nur geringgradigen Mangelhaftigkeit der männlichen geschlechtlichen Anlage oder des weiblichen Einschlag z. B. kann ein Mangel an Selbstbewußtsein, an Eroberungsgeist entstehen, ein passivmännlicher Zustand, der allmählich zur Onanie oder zur Homosexualität führt. Die vielen weiblichen und weichlichen Typen des männlichen Transvestiten und die zahlreichen unweiblichen Frauen, die gleichgeschlechtlich sind, welche beide Kategorien besonders unter den Homosexuellen vorgefunden werden, legen eine derartige Annahme nahe. Auf den weiblichen Mann wirkt das gleichgeartete Weib ein, ihm imponiert der Mann, der die ihm selbst fehlenden Eigenschaften besitzt, der in Vollkraft der Robustheit steht. Zwischen dem normalen und dem anomalen Geschlechtsempfinden, also einer gesunden und ungesunden Erotik, gibt es keine feste Grenze. *Haberda (Wien).*